

# 厚生委員会



平野 充  
元木 勇  
林 明裕  
小林市之  
武藤千里  
西谷 徹  
澤井 慧

# 児童虐待防止センター事業（事務報告書より）

年度	虐待防止ホット ライン入電件数	虐待相談件数 (件)	要保護児童等 ケース (件)	ケース会議 (回)	訪問回数 (回)	
28	52	375	399	204	8118	※うち虐待 3824
29	43	297	633	196	7802	※うち虐待 4232
30	71	459	730	224	9486	※うち虐待 5766

# 国領駅前の「すこやか」



# 多摩児童相談所



多摩市、府中市、調布市、稲城市を管轄

# 避難行動要支援者名簿情報の提供に係る同意書

平成 年 月 日

調布市長 宛

## 避難行動要支援者名簿情報の提供に係る同意書

私（避難行動要支援者）は、市が保有する私の個人情報（氏名・住所・生年月日・性別・世帯主名・電話番号・FAX番号・メールアドレス・対象要件・支援時の留意事項）を避難支援等関係者（裏面に記載）に提供することに同意します。

本人の情報記入欄（太枠内の必要事項を記入してください。）

フリガナ			
氏名	印	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	調布市		
電話番号		FAX番号	
携帯電話番号		メールアドレス	
対象要件 ※該当する箇所 に☑をして ください。	<input type="checkbox"/> 75歳以上の一人暮らし又は75歳以上のみの世帯 <input type="checkbox"/> 要介護1又は2で、一人暮らし又は同居の家族が75歳以上 <input type="checkbox"/> 要介護3～5 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳1～3級、視覚障害4～6級、聴覚障害4～6級 <input type="checkbox"/> 愛の手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳1・2級 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
支援時の留意 事項	※ 避難支援等関係者に申し伝えたいこと、避難について不安なことなどを記入してください。		

※ 本人が記載できない場合は、代理人が署名及び押印をしてください。

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (本人との関係)

電話番号 \_\_\_\_\_

利用施設		保育の必要性	対象者	無償化上限額 (月額予定)
① 幼稚園 認可 保育 等 所	認可保育園	必要	市民税非課税世帯 0～2歳児	全額
	認定こども園		満3～5歳児	
	地域型保育事業			
	幼稚園（新制度移行園）	不要		全額
	幼稚園（新制度未移行園）		満3～5歳児	32000円
	※調布市内のすべての幼稚園			(世帯年収により異なる)
幼稚園の預かり保育	満3～5歳児		11300円	
② 認可 外 施設 等	認可外保育施設	必要	市民税非課税世帯 0～2歳児	42000円
	ベビーシッター			
	一時預かり事業		満3～5歳児	37000円
	病児保育事業			
ファミリー・サポート・センター事業				
就学前障害児の発達支援（①・②と併用可）		不要	満3～5歳児	全額